

FACULDADE LABORO
CURSO DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

STELLA NAIANNE PEREIRA CLEMENTE
ANA PAULA DA SILVA MOREIRA

TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: um estudo realizado
com uma adolescente paciente do Centro de Atenção Psicossocial de Poção de
Pedras – MA.

São Luís

2016

FACULDADE LABORO
CURSO DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

STELLA NAIANNE PEREIRA CLEMENTE
ANA PAULA DA SILVA MOREIRA

TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: um estudo realizado
com uma adolescente paciente do Centro de Atenção Psicossocial de Poção de
Pedras – MA.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à coordenação do Curso de
Saúde Mental e Atenção Psicossocial da
Faculdade Laboro para obtenção do grau de
Especialista.

Orientadora: Prof.^a Me. Ludmilla B. Leite

São Luís

2016

LISTA DE TABELA

Tabela 1.....	22
---------------	----

RESUMO

Abordagem sobre Transtorno Dissociativo de Identidade como doença mental de difícil diagnóstico devido a sintomas complexos e a sua forte comorbidade. Se tornou um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria apenas em 1980. Este trabalho aborda o caso de uma paciente adolescente, de 15 anos, diagnosticada com o Transtorno Dissociativo de Identidade. Assim como, discorre sobre os sinais e sintomas considerados critérios para diagnóstico do referido transtorno. Levando em consideração a adolescência, a qual é definida como a fase intermediária entre a infância e a fase adulta e se constitui a partir do desencadeamento de transformações orgânicas da puberdade, encerrando-se através do amadurecimento psicossocial.

Palavras-chave: Transtorno dissociativo. Transtorno dissociativo de identidade. Diagnóstico. Adolescência.

ABSTRACT

The approach about Identity Dissociative Disorder as a mental disease of difficult diagnosis due complex symptoms and many comorbidity. Only in 1980, it became an official diagnosis of American Psychiatric Association. This paper approaches a case of Identity Dissociative Disorder diagnosed in a 15-year-old female teenager patient. As well as, discourse about signs and symptoms considered criteria for diagnosis of that disorder. Also considering adolescence, which is defined as an intermediate phase between childhood and adulthood and was constituted from the organic transformations of puberty, finishing through psychosocial maturation.

Key Words: Dissociative Disorder. Identity Dissociative Disorder. Diagnosis, Adolescence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
Objetivos	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivo Específico	7
3 Procedimentos Metodológicos	8
3.1 Tipo da Pesquisa	8
3.2 Local	8
3.3 Período	8
3.4 Sujeito	8
3.5 Instrumentos e Técnicas	9
3.6 Coleta de dados	9
3.7 Análise dos dados	9
3.8 Considerações Éticas	10
4 ADOLESCÊNCIA: conceito	11
4.1 Formação da Identidade	14
4.2 Crise de identidade	19
4.3 Adolescência e Transtornos Mentais	21
5 TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS	22
5.1 Transtorno dissociativo de identidade	24
6 Discussão e Resultados	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
APÊNDICE I	37

INTRODUÇÃO

No Brasil, diferente de países como Estados Unidos e Inglaterra, o tema Transtorno Dissociativo de Identidade se mostra ainda pouco explorado. Não ocorre evento, como por exemplos congressos, que abordem o tema de forma específica, há poucos pesquisadores os quais se dedicam a fazer produções na área e não há nenhuma literatura científica original (FARIA, 2013).

Quando se fala em adolescência e transtornos dissociativos esse número cai ainda mais, visto que os transtornos mais diagnosticados estatisticamente são: transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtorno de conduta, esquizofrenia, transtornos alimentares e transtornos do uso de substâncias psicoativas.

O interesse em abordar o tema, surgiu quando nos deparamos com um caso clínico de uma adolescente diagnosticada com Transtorno Dissociativo de Identidade. Levando em consideração a escassez de produções científicas e estudos nessa área, o desafio nos impulsionou para estudar o caso.

Portanto, o objetivo do presente trabalho, que se caracteriza por um relato de um caso clínico de uma adolescente que foi diagnosticada com Transtorno Dissociativo de Identidade no município de Porção de Pedras- MA, é investigar esse transtorno, observar suas manifestações psicológicas e comportamentais, levando em consideração os critérios específicos para diagnóstico do DSM V e CID 10, além de contribuir com o conhecimento na área da psicopatologia, a qual demanda esforço, investimento e desafia constantemente as esferas profissional/prática, teórica e acadêmica.

No primeiro capítulo, foram explanados os objetivos geral e específicos que foram importantes para a direção tomada na construção do trabalho. No segundo capítulo, foram apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a captação das informações. No terceiro capítulo foram abordados os conceitos de adolescência, identidade, crises de identidade, bem como a relação desta fase com a saúde mental. No quarto capítulo foram

levantados os conceitos, sinais e sintomas dos transtorno dissociativo e transtorno dissociativo de identidade. No quinto capítulo foi feito o relato do caso clínico supracitado, assim como apresentado o resultado e discussão a respeito do estudo realizado. Finalmente, no sexto capítulo foram apresentadas as considerações finais feitas após a análise de todos os dados alcançados no decorrer do trabalho.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os Fenômenos comportamentais físicos e psicológicos em uma adolescente diagnosticada com Transtorno Dissociativo de Identidade, paciente do CAPS de Poção de Pedras- MA

2.2 Objetivo Específico

- Identificar os sinais e sintomas apresentados pela paciente;
- Revisar a literatura específica;
- Relacionar os sintomas apresentados pela paciente com os sintomas catalogados na literatura específica.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e explicativa do tipo estudo de caso, que é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado (Gil, 2008). Foram apurados dados físicos, psicológicos, psicopatológicos e teóricos para construir o trabalho.

3.2 Local

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial “Luz Divina” (CAPS) situado no município de Poção de Pedras do estado do Maranhão.

3.3 Período

A pesquisa foi realizada no período de março a agosto de 2016.

3.4 Sujeito

Foi escolhido uma adolescente que deu entrada no referido órgão no dia 04 de março do corrente ano, a qual no decorrer do acompanhamento foi diagnosticada com Transtorno Dissociativo de Identidade. A paciente entrevistada era do sexo feminino, como 15 anos de idade.

3.5 Instrumentos e Técnicas

As técnicas para a coletas de dados utilizadas foram: a entrevista aberta e revisão da bibliografia específica. Segundo Richardson (1999), a entrevista não-estruturada caracteriza-se por ser totalmente aberta, pautando-se pela flexibilidade e pela busca do significado, na concepção do entrevistado. Portanto, o entrevistador deixa o entrevistado falar livremente, fazendo intervenções de forma discreta para não interferir na espontaneidade do procedimento (GIL, 2008).

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante entrevistas psicológicas¹, as quais tinham duração de 50 minutos e ocorriam semanalmente no CAPS “Luz Divina”, assim como a partir da revisão da literatura específica através de bases de dados científicas, tais como: Scielo, Biblioteca digital de teses e dissertações, monografias e livros.

3.7 Análise dos dados

Para análise de dados utilizou-se a técnica da Análise do Discurso (AD), a qual Macedo et al (2008, p. 649) definiu “como possibilidade de captar o sentido não explícito no discurso, [...] por meio da interpretação da linguagem, pois é no terreno da linguagem que explicamos a determinação de vários fenômenos e conceitos”. Assim como a análise dos dados teóricos colhidos na literatura específica.

¹ Segundo Silvestre (2009), a entrevista psicológica é um instrumento fundamental de trabalho para o psicólogo e se diferencia das outras formas de entrevista devido a seus objetivos puramente psicológicos (investigação, diagnóstico, terapia, etc.)

3.8 Considerações Éticas

Este estudo não comprometeu a integridade física, psíquica, moral, social e cultural do indivíduo participante, pois foi considerada as normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução nº 196, de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

A autorização para a divulgação dos resultados foi dada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, este deu esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa e a garantia da confidencialidade das informações.

4 ADOLESCÊNCIA: conceito

A adolescência costuma ser definida como uma fase de intensas transformações na vida do indivíduo, a qual pode surgir diversas aflições, período no qual é comum encontrarmos conflitos sobrevividos da formação da identidade (EISENSTEIN, 2005).

É caracterizada pelo desenvolvimento humano, que perpassa pela infância e vida adulta, marcada por mudanças que incluem aspectos: físico, emocional, mental, social e sexual, levando em consideração os esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. Ela se inicia com modificações corporais da puberdade, tendo seu término quando o indivíduo concretiza seu crescimento e sua personalidade (EISENSTEIN, 2005).

Segundo Alves (2008) é uma etapa que se destaca pelos os conflitos de identidade provocados pela passagem da fase jovem/adulto, a escolha profissional, o início da vida sexual, a busca pela independência, os problemas familiares, os conflitos de ordem emocional, as mudanças hormonais e orgânicas, agregadas a uma nova percepção de mundo aliada à necessidade da ideia de novos papéis e obrigações do jovem no meio social como indivíduo portador de opiniões próprias (ALVES, 2008).

Davim et al. (2009, p. 132) afirmam que:

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPS) a adolescência se constitui um processo biológico e vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a pré-adolescência (entre 10 e 14 anos) e a adolescência (dos 15 aos 19 anos).

O início da adolescência se dá primeiramente por meio do fator biológico, que é decidido através da maturação sexual, ao passo que seu limite final é de ordem sociológica, considerando que o adolescente se torna adulto quando passa a ser autossuficiente emocional e financeiramente (DAVIM et al., 2009).

Campos (1998) caracteriza a maturação sexual pelos seguintes fatores: a ovulação acontece nas adolescentes do sexo feminino, seguido do aparecimento de características secundárias como o aumento dos seios, mudança de voz e o surgimento dos pelos púbis, ao passo que, nos adolescentes do sexo masculino acontece à espermatogênese, seguido de transformações no funcionamento das glândulas endócrinas, desenvolvimento dos órgãos sexuais e também por características secundárias como a aparição de pelos pubianos, mudança da voz e aumento da estatura.

A adolescência também está descrita como etapa de imensa instabilidade física, psicológica e social, de difíceis transformações que refletem na construção do indivíduo. Mudanças biopsicossociais e estruturais que acarretam sentimentos e condutas ainda não vivenciadas pelo adolescente, família e amigos que convivem com o mesmo (DAVIM et al., 2009).

Por este ser um momento em que o adolescente se encontra em vulnerabilidade, a experimentação do crescer pode exigir de todos que o cercam uma atenção especial, objetivando auxiliá-lo no enfrentamento desses possíveis problemas, que podem gerar danos e agravos à saúde física e psíquica. Deste modo, é interessante destacar que a família, os companheiros e a sociedade influenciam diretamente na constituição desse sujeito, na maneira de como o mesmo se comportará em seu meio social (DAVIM et al., 2009).

À medida que os adolescentes amadurecem e mudam logo se desprendem dos programas familiares. Essa mudança é vista como afrouxamento dos laços familiares, para assim o adolescente expandir sua maneira de interagir com o mundo e com o outro. Este momento que o adolescente assume de se “afastar” dos entes nada mais é que a busca por novos relacionamentos, visto que desde a fase da infância suas amizades e a forma de relacionar são intermediadas pelos pais. Deste modo, eles procuram tomar suas próprias decisões, estabelecer vínculos próprios, conquistar espaço e se fazer pertencer a grupos que condizem com suas perspectivas e novos ideais (FENWICK e SMITH, 1996).

A família é a principal referência que o adolescente possui, pois é nela que está implicada sua história, portanto é imprescindível para os pubescentes a maneira como a família se relaciona uns com os outros, como ela lida com questões que envolvem “a afetividade, sexo, inter-relações, hierarquias, religião e as questões de gênero, assim como sua inserção na hierarquia social”. O meio familiar precisa ser um lugar acolhedor para o adolescente, que envolva sempre respeito, afetividade e relação de igualdade (DAVIM, et al., 2009 p. 138).

Ressalta-se que mesmo que a relação da família com o adolescente não seja positiva, ela ainda se constitui como um apoio indispensável na vida do jovem, portanto, os amigos e principalmente os familiares tem a capacidade de ajuda-lo a enfrentar os possíveis problemas que surgirá no seu dia a dia.

Davim et al. (2009, p. 138) comenta

É necessário que os pais estejam sintonizados com o mundo dos filhos, descobrindo duas experiência de vida, as mudanças do adolescer no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Os pais, percebendo seus filhos confusos na luta pela busca da maturidade emocional, temem falhar como progenitores. Acrescendo-se a isso, temem também o fato de que o adolescente vive, além dos agravos físicos e biológicos, àqueles que decorrem da busca de estabilização de sua personalidade, de certa forma, do seu próprio EU.

Os adolescentes têm como referência todos aqueles que o fazem parte do seu meio social, como: professores, pais, amigos, irmãos, e aqueles que o auxiliam no seu reconhecimento, que o ajudam a se constituir. Eles passam por diversos acontecimentos e desafios que proferem um novo papel existencial (ALVES, 2008).

A adolescência habilita o jovem a passar do pensamento concreto para pensar o abstrato e hipotético, acontecendo simultaneamente com as transformações psicossociais, voltadas aos pais, a autonomia e o entendimento de si. Sendo estas mudanças precursoras da vida adulta, não só como uma questão de intelectualidade, mas de amadurecimento social (ALVES, 2008).

O amadurecimento biológico, psicológico e social, constitui para o adolescente a aquisição de novas aptidões cognitivas, comprometimento e a inclusão em novos papéis sociais. Em consequência disso, são afloradas cobranças e perspectivas de familiares, de amigos e da própria comunidade sobre o adolescente, que desempenhadas sobre boas e adequadas circunstâncias podem estimular o crescimento gradativo da autonomia do jovem, o que poderá facilitar a adaptação na fase adulta. Deste modo, as características psicossociais não são iguais às biológicas, que tem um momento certo de surgir, ou seja, elas vão se construindo na proporção em que o adolescente se confronta com a resolução de conflitos (CARVALHO, SALLES e GUIMARÃES, 2003).

Demarcar a adolescência não é uma tarefa fácil em razão dos fatores biológicos, influentes nessa faixa etária, e os determinantes sócio culturais sobrevividos do meio em que o fenômeno adolecer acontece. Deste modo, o adolescente encontra-se vulnerável às mudanças biológicas, mudanças vividas atualmente no mundo moderno, as novas ambições humana e acelerada evolução social, que integram sua edificação como sujeito (CAMPOS, 1998).

Portanto, a fase da adolescência apresenta diversos desafios. Os adolescentes passam por inúmeras inconstâncias, que não se limitam somente a deixar para traz características infantis, mas que apontam para uma nova posição existencial, conhecimento de novas emoções, interação social, especialmente a reestruturação da percepção que o adolescente terá de si, que estará alicerçada em suas novas aptidões, as quais virão a determinar sua autoimagem e noção de identidade própria (ALVES, 2008).

4.1 Formação da Identidade

Para Erikson (1972) identidade é uma percepção de si, formada a partir de metas, crenças e valores com os quais o indivíduo está envolvido. Logo, construir uma identidade sugere definir quem a pessoa é, as direções que almeja percorrer e determinar quais os seus valores.

A construção da identidade subjetiva é vista como o trabalho mais formidável da adolescência, é a transformação decisiva para a constituição de um adolescente em adulto maturo e prolífero (FERREIRA, FARIAS e SILVARES, 2003).

Segundo Ferreira, Farias e Silves (2003, p.107, grifo do autor) a formação da identidade influencia nos seguintes fatores:

(...) fatores **intrapessoais** (as capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade), de fatores **interpessoais** (identificações com outras pessoas) e de fatores **culturais** (valores sociais a que uma pessoa está exposta, tanto globais quanto comunitários).

Silva (2009) significa a identidade como um processo de construção do eu que possibilita constantes transformações através das condições sociais e do modo de vida que o indivíduo está posto. Afirma que na formação da identidade os papéis e ações que o indivíduo assume durante sua vida fazem parte dessa construção, partindo de uma suposta identidade, ou seja, a vivida e a que constituirá enquanto concepção de vida. Deste modo, a identidade mudara constantemente, pois o indivíduo assume ao mesmo tempo múltiplos papéis que pode mudar de acordo com as condições sociais e históricas em que está submetido.

Segundo Johnson (1964) apud Suárez (2005, p. 31) na fase da adolescência a vida encontra-se no início de muitas possibilidades, onde a personalidade se constrói em quatro aspectos: "(1) Os interesses sociais se ampliam; (2) os poderes intelectuais são aumentados; (3) os objetivos da vida se expandem; e (4) as experiências pessoais se aprofundam".

O adolescente possui como desafio principal a formação da sua individualidade, que implica diretamente na criação de um conceito sobre si, como sendo único seguido da legitimação de ideias e princípios que o nortearam suas escolhas (SUÁREZ, 2005).

A identidade desenvolve-se ao longo da vida do indivíduo, contudo, é na adolescência que acontecem as mais significativas mudanças. É através dessas mudanças biológicas e emocionais que a identidade do indivíduo

começa a se firmar. Dentre as mudanças mais significativas encontram-se a busca pela autonomia, conflitos familiares, início da vida sexual e transformações orgânicas (ALVES, 2008).

Erikson (1987, apud RAPPAPORT; FIORI e DAVIS, 2003, p. 30) afirma que a identidade se resume em três áreas: identidade sexual, a qual fala do papel sexual e opção do indivíduo; identidade profissional, a qual fala de realização profissional, conjuntos de atributos próprios e exclusivos que faz o indivíduo se evidenciar entre os demais, sendo bem-sucedido e integrante de um grupo social; e a identidade ideológica que aborda os ideais do indivíduo diante da sociedade, está ligada a ações políticas, econômicas e sociais.

É importante ressaltar que por vezes o adolescente compreende a sua identidade através do processo tentativa e erro, método de tentar sequência de decisões fazendo com que o indivíduo encontre a melhor solução, levando-o a ter algum momento de crise (SUÁREZ, 2005).

Para Erikson (1987) quando se fala em adolescência, pensa-se em um momento de crise. Não entende a crise na adolescência como um “desastre”, mas como um ponto imprescindível, um momento determinante para o desenvolvimento do indivíduo.

Erikson (1987) apud Suárez (2005, p. 33) entende que na crise de identidade o adolescente deve designar para si tais questões: concepções a respeito de sua existência, conduta condigna em relação ao trabalho, apresentar uma postura pra além de sua infância, perspectivas da futura vida adulta, ter um conceito esmerado sobre o que ele vê em si e entre o que sua consciência lhe diz a respeito do que os outros apreciam e ambicionam que ele seja. Acredita que a crise de identidade seja a constante busca pelo “eu” pautada através dos outros, para que dessa forma o adolescente consiga alcançar sua identificação própria.

Erikson (1987) apud Suárez (2005, p. 33) entende que na crise de identidade o adolescente deve formar para si tais questões.

Algumas perspectivas centrais de sua existência, postura apropriada em relação ao trabalho, posturas além de sua infância, expectativas

da futura vida adulta, conceito mais acurado entre o que ele vê em si e entre o que sua consciência afiada lhe diz que os outros julgam e esperam que ele seja.

Acredita que a crise de identidade seja a constante busca pelo “eu” pautada através dos outros, para que dessa forma o adolescente consiga alcançar sua identificação própria.

Quanto mais desenvolvido o indivíduo for, no que se refere aos seus sentimentos relacionados à construção da identidade, maior será sua valorização quanto ao modo em que é parecido ou desigual dos outros indivíduos, o que o ajuda visivelmente a reconhecer suas aptidões e limitações. Portanto, quanto menos o indivíduo tiver a identidade desenvolvida, mais precisará de opiniões externas, para posteriormente entrar em um processo de avaliação, no qual perceberá menos as pessoas como diferentes (FERREIRA, FARIAS e SILVARES, 2003).

Portanto, entende-se que a identidade é um processo que se dá em permanente construção, que permite transformações constantes da identidade. “O que presenciamos é um processo constante de transformação que permite ao indivíduo construir e reconstruir sua identidade permanentemente durante toda a sua vida” (MORAES, 2009, p. 97).

Enquanto a identidade se constrói através da forma como interagimos com o meio social, a personalidade é resultado das relações dialéticas envolvendo aspectos extrínsecos e intrínsecos compreendidos na relação social do indivíduo.

É um processo que resulta da ligação entre dois pontos da sociedade, um de caráter objetivo e o outro de caráter subjetivo.

É resultado da unidade e da ação dos contrários, sujeito e sociedade. A identidade envolve aspectos que se resumem nas condições naturais, que são comuns a todos os homens, a perspectivas formadas a partir do meio social, como também aspectos da sua história de vida influenciada pela conexão das condições externas e internas (XAVIER e FACCI, 2009).

É por meio da personalidade que os indivíduos estabelecem seu modo particular de funcionamento, praticando seu papel de sujeito no processo de construir a sociedade. Dessa maneira, a personalidade é vista como uma síntese de ações psicológicas e biológicas que em contato com o meio modifica o indivíduo de modo criativo.

Silva (2001 apud MOARES, 2009, p. 177) afirma que “a personalidade é uma objetivação da individualidade, a sua expressão máxima, mais complexa”. Processo no qual é resultante da relação homem e mundo “tendo origem endopsíquica, que engloba as particularidades das funções psicológicas superiores e do temperamento, e a exopsíquica, que abarca as experiências vividas pelo indivíduo na sociedade”.

Ainda é considerada como um conjunto coeso de traços psicológicos, constituindo-se nas características individuais, na relação do indivíduo com o meio, compreendendo os aspectos socioculturais, biológicos, físicos e psíquicos, unido a aptidões inerente ao sujeito e experiências adquiridas no decorrer de sua vida. Há ainda uma dimensão essencial do conceito de personalidade, que diz:

(...) relativamente estável ao longo da vida do indivíduo e relativamente dinâmico, sujeito a determinadas modificações, dependendo de mudanças existenciais ou alterações neurobiológicas; a estrutura da personalidade, mostra-se essencialmente dinâmica, podendo ser mutável sem ser necessariamente instável – e encontra-se em constante desenvolvimento (DALGALARRONDO, 2008, p.257).

A personalidade está relacionada a três aspectos: “constituição corporal, temperamento e caráter” (MIRA Y LÓPEZ, 1943, apud, DALGALARRONDO, 2008, p.258). Constituição corporal é considerada como: as questões que o indivíduo apresenta sua voz, suas oscilações e sua imagem corporal, contendo uma considerável influência nas experiências psíquicas do sujeito ao longo de sua existência. O temperamento é o conjunto de características que envolvem os fenômenos psíquicos e fisiológicos inerentes ao indivíduo, o que diferencia um indivíduo do outro (DALGALARRONDO, 2008).

Assim o caráter é considerado como o temperamento adequado, transformado e colocado no meio sociocultural e familiar, decorrente da extensa história de vida, da constante relação entre o temperamento e as perspectivas e exigências particulares inconscientes e conscientes, que forma e determinam a pessoa (DALGALARRONDO, 2008).

4.2 Crise de identidade

Erick Erikson (1972) considera crise de identidade não como sinônimo de desajustamento ou catástrofe, mas de modificações e transformações. Deste modo crise é considerada um marco crucial e imprescindível na vida do indivíduo, momento no qual seu desenvolvimento deve escolher entre uma ou outra direção, que possibilite a mobilização desse indivíduo para um crescimento e caracterização.

Moraes (2009) afirma que a construção da identidade emprega um processo de reflexão e observação, que acontece respectivamente, ocorrendo em todos os níveis de funcionamento intelectual, em que o indivíduo julga a si mesmo em relação àquilo que percebe e a maneira como os outros o julgam.

Para Erikson (1987) o maior desafio que o adolescente poderá enfrentar é a constante luta para constituir um senso claro de identidade, que envolve a criação de um conceito firme de si como um sujeito singular e a adoção de um sistema de idéias ou sistema de valores que forneça um senso de direção.

Alguns momentos podem ser vistos como colaboradores para a crise na adolescência como: transição da fase de adolescente/adulto, momento que se implica vários questionamentos e adiciona responsabilidades do mundo adulto, o cobiçado desejo de ingressar no mercado de trabalho, que viabiliza para o indivíduo o sustento principal que permite a criação de uma família, trazendo ainda o exercício íntegro de uma cidadania responsável. A realidade ainda aponta para o adolescente a importância e a precisão de ser autônomo financeiramente. Ressalta-se que o mercado de trabalho se encontra mais exigente, o que sugere cada vez mais que o indivíduo seja qualificado e preparado (SUÁREZ, 2005).

Suárez (2005) diz que diante dos obstáculos encontrados no processo de construção de sua identidade, os adolescentes adotam três posturas. Uns desde cedo desenvolvem sua identidade com facilidade, adquirindo para si os valores e perspectivas dos indivíduos que o rodeiam. Outros criam uma identidade contrária, ou seja, se opondo aos valores dos pais, entretanto adotam uma postura de acordo com o grupo que pertence e outros dão a impressão que nunca se encontraram nesse processo, assumindo fortes compromissos.

Erikson (1985, p. 13 apud SUÁREZ, 2005, p. 35) afirma que a crise de identidade mostra-se de um modo diferenciado:

A crise em algumas ocasiões é vagamente perceptível e, em outras, é muito marcante: em alguns jovens, em algumas classes, em alguns períodos da história, a crise de identidade se apresenta sem nenhum barulho; em outras pessoas, classes e períodos, a crise estará claramente marcada como um período crítico, uma espécie de “segundo nascimento”, institucionalizado mediante cerimônias, ou intensificado mediante a disputa coletiva ou o conflito individual.

Percebe-se que a adolescência é a fase que o jovem confronta-se com várias alternativas, no primeiro momento voltado para questões corporais e no segundo para questões ideológicas. Deste modo, em cada momento que se “medir” o estado de identidade poderá existir algumas mudanças, visto que o indivíduo encontra-se em desenvolvimento (FERREIRA, FARIAS e SILVARES, 2003).

Deste modo o adolescer é um acontecimento marcante em decorrência de vários fatores, como as rápidas transformações físicas que estimulam a autoimagem do adolescente, as alterações na cognição, na qual tem condições de pensar e questionar, as decisões a respeito da vocação, junto as incertezas pessoais e cobranças sociais que conduzem o jovem a almejar uma direção para sua existência que acordem com seus desejos, atitudes, valores e crenças, levando-o a ansiar pela construção de uma identidade independente e autônoma, sem se desprender do vínculo familiar (SUÁREZ, 2005).

4.3 Adolescência e Transtornos Mentais

No Brasil, estima-se que pelo menos 12% das crianças e adolescentes têm transtornos mentais clinicamente importantes e que metade dessa população está, por essas razões, gravemente incapacitada. (OFFORD; FLEMING, 1996, apud LAURIDSEN; TANAKA, 1999).

Segundo Esposito e Savoia (2006), os transtornos mentais frequentemente encontrados são: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta.

Vários fatores podem estar relacionados ao surgimento destes transtornos, porém, os que mais se mostraram associados foram: fatores biológicos, exemplo: sexo, fatores genéticos, como histórico familiar e fatores ambientais, como a configuração familiar e/ou violência familiar, além de fatores psicossociais, como baixa autoestima (THIENGO et al, 2014).

Entretanto, a atenção à saúde mental da infância e adolescência, como parte da assistência à saúde integral, ainda é um desafio na organização do atendimento cotidiano. Segundo os dados estatísticos do IBGE (2009) , o número de CAPSi² em todo o país era de 112 unidades, contra 686 unidade de CAPSi³. Assim fica claro que, as questões relacionadas à identificação dos problemas a serem combatidos, aos planejamentos terapêuticos e à organização de serviços, ainda necessitam ser discutidas pelos profissionais e gestores atuantes nesse tipo de atenção.

² Centro de Atenção Psicossocial da Infância e adolescência.

³ Centro de Atenção Psicossocial I

5 TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

Os episódios dissociativos têm uma extensa história, eles foram formalmente reconhecidos pela primeira vez no DSM-I como um sintoma chamado “reação dissociativa”. Já no DSM-II faziam parte do diagnóstico da “neurose histérica⁴ de tipo dissociativo”. Contudo, em 1980 no DSM-III receberam uma classe própria, logo possuíam critérios específicos de diagnósticos para várias formas de dissociação e despersonalização, inclusive o Transtorno de Personalidade Múltipla, atualmente chamado de Transtorno Dissociativo de Identidade.

Para Kleinman (2015), os Transtornos Dissociativos são distúrbios que ocorrem em consequência de perturbação, interrupção ou dissociação de uma percepção, memória, identidade ou consciência do indivíduo. Acredita-se que todos esses tipos de transtorno têm origem a partir de um trauma, que geralmente ocorre na infância, na vida desses indivíduos. A dissociação serviria como um mecanismo de defesa, uma vez que a experiência é muito difícil e traumática para ser vivenciada pelo eu consciente.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5^o Edição, DSM-V, (2013), O distúrbio pode ser súbito ou gradual, transitório ou crônico. São divididos em cinco tipos, como mostra a tabela a seguir:

Tabela com a Tipologia dos Transtornos Dissociativos

Amnésia Dissociativa	Caracterizada por uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal. Pode vir acompanhada da fuga dissociativa.
Outro Transtorno Dissociativo	Esta categoria é utilizada nas

⁴ Nessa época eram consideradas dois tipos de neuroses histéricas: a conversiva e a dissociativa.

Especificado	situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer outro Transtorno Dissociativo específico.
Transtorno Dissociativo de Identidade	Caracterizado pela presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidades distintos, que assumem recorrentemente o controle dos comportamentos dos indivíduos.
Transtorno de Despersonalização/ Desrealização	Caracterizado por um sentimento persistente ou recorrente de estar distanciado dos próprios processos mentais, do próprio corpo e/ou do ambiente ao redor.
Transtorno Dissociativo Sem outra Especificação	É incluído para a codificação de transtornos cuja característica predominante é um sintoma dissociativo, que, no entanto, não reúne os critérios para qualquer Transtorno Dissociativo específico.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5º Edição

Por vezes, os sintomas ou transtornos dissociativos, são encontrados em outras doenças mentais específicas, como o Transtorno do Pânico, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Somatização.

Segundo o DSM-V (2013), em muitas sociedades estados dissociativos são uma expressão comum e aceita de atividades culturais ou experiência religiosa, como por exemplo: a experiência de possessão. A dissociação não

deve ser considerada inerentemente patológica e muitas vezes não acarreta sofrimento, prejuízos significativos ou leva a uma busca de auxílio.

5.1 Transtorno dissociativo de identidade

O Transtorno Dissociativo de Identidade, outrora conhecido como Personalidade Múltipla, “só se tornou um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1980” (Hacking, 1995, p.17). Todavia, sua história começa bem antes de receber nomenclatura científica, ainda no século XVIII. Nas palavras de Schultz & Schultz (2009), a história das alternâncias de identidade “em vez de estática e estagnada, é dinâmica, em constante mutação e crescimento; que está sendo aprimorada ou aperfeiçoada sempre que novos dados são descobertos e concepções errôneas são corrigidas”.

Em 1971, o médico Eberhardt Gemelin apresentou o primeiro caso de mudança de personalidade, se tratava de uma jovem mulher alemã de 20 anos, que mudava constantemente e repentinamente a própria personalidade para modos e costumes de uma senhora francesa, inclusive falando fluentemente a língua tal qual uma francesa nata.

Já no século XIX, em 1815, John Kearsley Mitchell publicou o caso de Mary Reynolds, de 19 anos, sendo considerado o mais famoso da época. A moça intermitentemente tinha sonos profundos, quando acordava perdia memória, algumas vezes estava surda ou muda, sofria variações de personalidade e humor. Em alguns momentos era quieta, calma, depressiva, em outros momentos era alegre, extrovertida, extravagante. Suas mudanças de personalidade duraram 16 anos, ficando estável aos 35 anos.

Freud em seu artigo de 1910 descreveu indiretamente a personalidade múltipla:

(...) Num mesmo indivíduo são possíveis vários agrupamentos mentais que podem ficar mais ou menos independentes entre si, sem que um ‘nada saiba’ do outro, e podem se alterar entre

si em sua emersão à consciência. Casos destes, também ocasionalmente, aparecem de forma espontânea, sendo descritos como *double consciente*. Quando nessa divisão da personalidade a consciência fica constantemente ligada a um desses dois estados, chama-se esse o estado mental ‘*conscience*’ e o que dela permanece separado o ‘*inconsciente*’. (Freud 1910[1909]/ 2013)

Em 1980, o DSM III foi lançado, nele continha um transtorno chamado Transtorno de Personalidade Múltipla. Foi a primeira vez que aquele conjunto de sinais e sintomas foram agrupados e elevados cientificamente sendo considerados um transtorno mental específico. Em 2003, com o lançamento do DSM IV, sua nomenclatura foi alterada pois foi enquadrado dentro dos tipos de Transtornos Dissociativos e hoje é chamado de Transtorno Dissociativo de Identidade.

Segundo Hacking (1995) a característica primordial é a existência, no indivíduo, de duas ou mais personalidades distintas, cada uma dominante num momento específico. Estas são denominadas como personalidade alternativas, múltiplas ou *alters*. Para Braun (1986), *alters* são qualquer personalidade ou fragmento emergente, com exceção da personalidade *host*⁵. Já Haddock (2001), considera as *alters* como partes dissociativas do *self*⁶, capazes de agir de forma independente ou de interagir conjuntamente.

Em alguns casos, existe uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, cuja extensão é demasiadamente abrangente para ser explicada pelo esquecimento normal (DSM-V, 2013). Isto ocorre, pois, cada estado de personalidade pode ser experimentado como se contivesse uma história pessoal específica, autoimagem, identidade, personalidade, inclusive idioma e nomeação distinta.

⁵ Aquela que executa o comando do corpo durante um maior percentual de tempo num dado período (Braun, 1986).

⁶Para Jung(1993) Self seria “O Si mesmo representa o objetivo do homem inteiro, a saber, a realização de sua totalidade e de sua individualidade, com ou contra sua vontade.”

A respeito da característica das personalidades, o DSM-V (2013) discorre:

“Em geral existe uma identidade primária, portadora do nome correto do indivíduo, a qual é passiva, dependente, culpada e depressiva. As identidades alternativas com frequência têm nomes e características diferentes, que contrastam com a identidade primária (p. ex.: são hostis, controladoras e autodestrutivas). Identidades particulares podem emergir em circunstâncias específicas, diferindo em termos de idade e gênero declarado, vocabulário e conhecimento ou afeto predominante.”

(DSM-V, 2013)

Podem ocorrer alucinações, geralmente auditivas ou visuais, que produzidas pois eventualmente uma personalidade que não está no controle pode ter acesso a consciência do indivíduo. Quanto a alternância dos *alters*, pode ocorrer de forma instantânea ou, mais dificilmente, gradual. Os comportamentos mais observados quando a alternância acontece são: piscadas rápidas, mudanças faciais, na voz ou postura. A quantidade de personalidade e/ou fragmentos pode variar entre 2 a mais de 100.

Os indivíduos com transtornos dissociativos de identidade podem apresentar inicialmente sintomas de turbulência emocional e comportamental. Alguns podem notar lacunas de memória e incidentes de comportamentos destoante (Black; Grant,2015).

Atualmente Faria (2013) nos sinaliza que, explicações etiológicas focalizam questões traumáticas severas, presentes no transtorno desde o período infantil como principal fator desencadeador da dissociação anormal da consciência; um mecanismo de defesa resultante de agressões e abusos físicos-sexuais-psíquicos, responsável pelo encadeamento das emersões-imersões dos *alters*.

Ainda sobre o trauma, Faria (2013) fala:

“A dupla trauma-dissociação é intrínseca à personalidade múltipla (Putnam, 1989; Ross, 1989; Steinberg, 1994). Essencialmente, não há personalidade múltipla sem a presença de traumas reais, graves, intermitentes e recorrentes. Tais traumas desencadeiam processos dissociativos, patológicos em graus diversificados e, em consequência, a emergência de estados alterados de consciência, personalidades alternativas, ego distintos, *alters*. Assim, segundo indicações de vários autores (Haddock, 2001; Kluft & Fine, 1993; Putnam, 1989; Ross, 1989; Steinberg, 1994), teremos sempre a seguinte sequência para o transtorno que caracteriza a personalidade múltipla: Trauma Real → Trauma Real → Dissociação patológica da consciência → Emergência-Imersão de *alters*.”

Contudo, nem sempre eventos traumáticos irão resultar em uma dissociação da identidade. Existem distúrbios, como por exemplo: amnésia dissociativa, esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline, os quais apresentam algum tipo de dissociação, porém não é alterada a identidade do indivíduo.

O Transtorno Dissociativo de Identidade foi constatado nas mais diferentes culturas no mundo. Entretanto, as mulheres adultas têm a maior prevalência dos casos, e apresentam mais variações de identidades do que os homens⁷. Segundo o DSM-V, o curso clínico do transtorno parece ser flutuante, com tendência a ser crônico e recorrente. O período médio desde a primeira apresentação sintomática até o diagnóstico é de 6 a 7 anos.

⁷ As mulheres têm em média 15 ou mais *alters*, enquanto os homens em média apresentam 8 *alters*.

6 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Paciente L., sexo feminino, 15 anos, solteira, com ensino médio incompleto, trabalha ajudando a avó com venda de lanches (coxinhas e pastéis), reside com sua mãe e seu irmão. Seu pai mora em outro município e possuem pouco contato.

Deu entrada no Centro de Atenção Psicossocial “Luz Divina”⁸, no dia 14 de março de 2016. Conduzida até o local por sua mãe M.R.S., pois estava apresentando comportamentos agressivos, extrema desobediência, automutilação, oscilação de humor, depressão.

A mãe relatou que há algum tempo a filha tem se mutilado constantemente, com espelhos quebrados, com a unha e com giletes, diz que toda vez que acontece algo que a estressa, como as brigas constantes entre elas, a mesma criou o hábito de se cortar. Logo após a mãe, a paciente foi questionada sobre estes comportamentos, a mesma confirmou tudo que sua mãe havia dito e relatou brevemente que a convivência com sua mãe era difícil, que a única coisa que aliviava seus momentos de “estresse” era o ato de se mutilar. Vale ressaltar que todas as vezes que a paciente frequentou CAPS era por intermédio de sua mãe.

Diante do fato exposto e gravidade do caso, a mesma foi encaminhada para uma consulta com médico psiquiatra. Assim, foi indicado como tratamento a adolescente fazer acompanhamento constante no Centro de Atenção psicossocial, participando das oficinas terapêuticas, sessões de psicoterapia e terapêutica medicamentosa.

Ao retornar a paciente relatou que foi diagnóstica pelo médico psiquiatra com Transtorno Dissociativo de Identidade, já havia iniciado o tratamento medicamentoso.

⁸ Foi fundado no ano de 2001, sua funcionalidade é de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00h às 16:00h. A demanda advém de encaminhamentos das redes socioassistenciais, demanda espontânea, demandas de povoados do Município e Cidades vizinhas. As atividades desenvolvidas no referido órgão são: avaliação médica, oficinas terapêuticas, visita domiciliar, reuniões de grupo, atendimento individual, oficinas terapêuticas.

Quando reavaliada pela equipe do CAPS, percebeu-se que a paciente não indicava melhora do quadro clínico. Durante uma sessão psicológica L. alegou que não estava fazendo o uso correto dos remédios, pois não se sentia bem, assim a paciente foi encaminhada para uma nova avaliação com o psiquiatra. Após essa segunda consulta, foram receitados outros dois medicamentos, sendo eles: torval e risperidona.

L. relatou que foi criada desde o seu primeiro dia de vida por sua Avó, pois sua mãe não tinha condições financeiras e nem psicológicas para cuidá-la, uma vez que apresentou quadro depressivo após seu nascimento. Somente aos quatorze anos de idade foi morar com sua mãe, precisou adaptar-se a um novo ambiente com regras diferentes. A convivência com sua mãe era difícil, nas palavras de L. “minha mãe não respeitava meu espaço, não aceitava a minha maneira de viver, queria mandar em tudo, não tinha acordo com ela, sempre descarregava seus problemas”, “ah mas hoje em dia eu tento escutar ela, ficar calada, tento não brigar pra ela não se sentir ofendida e começar tudo de novo”.

Segundo L. sua infância foi “simples”, assistia televisão e fazia suas tarefas, tanto na casa da avó quanto na escola. Conta que teve dificuldade de fazer amizades pois era uma criança introspectiva, brincava quase sempre sozinha. Atualmente diz ter a mesma dificuldade devidos suas oscilações de humor e brigas com a mãe. Verbalizou: “hora eu estava triste, depois alegre, com ódio, acho que por isso eu tinha dificuldade de fazer amizades, as pessoas não se aproximavam, acho que pelo meu jeito”. Considera-se uma pessoa de poucos amigos.

Paciente L. alegou que não lembra o que a motivou a mutilar-se pela primeira vez, fato ocorrido em 2010, nas suas palavras: “eu meio que não lembro o motivo do porque eu fiz, mas lembro que eu não senti nada e não fiz mais”. Contudo, em 2014 participou de uma peça teatral da escola, a qual diz ter lhe sobrecarregado pela pressão por parte dos colegas por seu papel era um dos principais, assim retornou a se mutilar e percebeu que se cortar aliviava suas tensões e dores emocionais, a partir daí não parou mais. Verbalizou L.:

“Pressão! Pressão do pessoal que tava junto comigo fazendo uma peça da Escola, e também porque eu via o braço de um amigo meu rasgado, e ai eu lembrei de quando eu tinha me cortado, ai depois pensei, gente será se isso é bom? Ai fiquei assim... não, mas daquela última vez eu não gostei, ai depois do nada eu tava lá em casa, eu tava... comecei naquela parte da depressão mesmo, tava iniciando a depressão, com princípio mesmo, ai eu comecei a me cortar, cada vez que eu falava uma coisa era como se fosse um motivo, ai cada corte era um motivo, e ai tinha coisas de muito antes, muito antes mesmo que eu usava como mais uma desculpa pra tá fazendo aquilo, era o tempo todo cortando, depois que eu comecei meu braço nunca tinha ficado limpo, eu não deixava sara, meu braço era roxo de tanta cicatriz. Perdi as contas de quantas vezes eu fiz, fazia praticamente todo dia”.

L. não frequentava assiduamente o CAPS, em um de seus retornos foi questionada a respeito do porquê das faltas, a paciente relatou que o remédio inibia sua vontade de mutilar-se, logo tirava o seu prazer e o alívio pois, as dores emocionais só cessavam mediante aos cortes. Disse ainda que não necessitava de terapia e nem de remédios. Sobre o abandono do tratamento L. relata:

“Já fiz, mas não faço mais. Eu acho que eu não preciso... não que eu não precise, é porque eu não quero, porque eu não quero parar, porque é como se tivessem tirando a coisa que eu faço pra me aliviar, é como se tivessem tirando a única coisa que me faz, que em minha opinião me faz bem.”

Sobre a automutilação discorre Guist (2013):

A automutilação é definida atualmente como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro de sua

própria cultura e nem para exibição. A automutilação é seguida, então, de sensação de bem-estar e alívio momentâneo e/ou culpa, vergonha e tristeza por ter praticado a ação. As sensações de bem-estar e alívio podem persistir por algumas horas, alguns dias e, mais raramente, por algumas semanas, retornando os sentimentos precipitantes a seguir: durante o comportamento, é comum não sentirem dor ou dor de leve intensidade associado as lesões.

A prevalência da automutilação tem início, geralmente, na fase da adolescência, e persisti por 10 a 15 anos, podendo durar décadas. Para alguns adolescentes o abandono deste comportamento se dá independente de qualquer intervenção, devido ao desenvolvimento de mecanismos mais eficiente para lidar com situações adversas que ocorrem naturalmente com o desenvolvimento neurocognitivo (GUIST, 2013).

Ainda sobre o ato de se cortar L. conta que: “É prazer, alívio, vício, é como se eu tirasse um fardo em cima de mim, mesmo que seja por cinco minutos”. Após esta sessão L. não retornou ao serviço de saúde.

A adolescência se mostra como uma fase suscetível a episódios psicopatológicos, bem como transtornos mentais. De acordo com Thiengo (et al, 2014), os transtornos mais frequentes encontrados, respectivamente, foram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta.

Os fatores mais associados a incidência de transtornos mentais na adolescência são: fatores biológicos, fatores genéticos, histórico familiar, fatores ambientais e fatores psicossociais como baixa autoestima (THIENGO, et al,2014). Segundo L., “Eu já tive princípio de depressão. Minha Mãe e minha Avó já tiveram depressão também”. Dessa forma podemos inferir que muitos fatores contribuíram para o adoecimento de L., sendo eles: o histórico e a dinâmica familiar, os fatores ambientais, biológicos e psicossociais.

Levando em consideração os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM V para o Transtorno Dissociativo de Identidade pode-se perceber a incongruência entre os sintomas catalogas e os sintomas apresentados pela paciente.

Em algumas sessões L. falava sobre sintomas:

“Eu mudava muito de humor, era muito agressiva com minha mãe e desobediente também, até com minha avó, tive antes um início de depressão, ficava muito isolada sempre no meu quarto, não queria falar com ninguém. Eu tacava copo na parede, quebrava prato, cheguei a quebrar um celular, o celular da minha Avó joguei dentro do leite com raiva, teve outro (dia) lá que eu taquei na parede com raiva, mas só que não aliviava minha raiva tanto quanto quando eu me cortava. Uma vez eu tava com tanta raiva (pausa) ... que escrevi inferno bem aqui (a paciente apontou em direção do seu colo) ”.

Segundo DSM V (2013), o transtorno dissociativo de identidade é caracterizado pela oscilação entre uma ou mais identidades distintas entre si por um indivíduo sem que haja uso de substâncias tóxicas ou condições médicas, além da incapacidade de recordar informações pessoais relevantes com uma amplitude maior do que esquecimentos comuns.

Para Kurt e Fine (1993), é essencial que a pessoa tenha sofrido traumas reais, severos, recorrente que tiveram importante papel no desencadeamento da dissociação da consciência e desintegração do psiquismo.

Assim, o caráter amnésico, as referências traumáticas e dissociativas descritas na literatura para o referido transtorno não foram identificados na sintomatologia da paciente em questão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento a adolescentes com transtornos psiquiátricos possui características especiais, as quais o diferencia consideravelmente do atendimento a adultos, visto que as questões relacionadas ao desenvolvimento operam nessa etapa do ciclo vital. Além disso, apresentam um grau de comorbidade consideravelmente maior do que é encontrado nos adultos, acarretando a importantes implicações para o processo de diagnóstico, bem como para as abordagens terapêuticas, psicofarmacológicas e psicoterápicas desses indivíduos (ROHDE et al., 2000).

Dessa forma o fechamento de diagnósticos se mostra uma tarefa árdua e de muita responsabilidade, pois os resultados podem ser facilmente encarados como rótulos. Segundo Adnet (2014) :

“...Há uma vulgarização de determinados diagnósticos da Psiquiatria e uma miríade de publicação de má qualidade onde muitos leitores ‘acham’ que se encaixam muito bem neste ou naquele transtorno. [...] É ainda mais preocupante o fato de algumas pessoas aceitarem tão rápido algumas rotulações que lhes dão dadas, como se o indivíduo fosse a doença e nada mais. ”

Segundo Paulo Dalgalarro (2008), o diagnóstico em psicopatologia é, muitas vezes, apenas possível com a observação do curso da doença. Dessa forma, a evolução da patologia obriga o profissional a continuamente rever o diagnóstico atribuído ao indivíduo em questão. Tendo em vista a história de vida da paciente, a teoria estudada e a não continuidade do acompanhamento/tratamento, concluímos que os indícios apresentados não são suficientes para o fechamento do diagnóstico, levando em consideração a sintomatologia apresentada na literatura específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADNET, E. C. *Os Rótulos de Diagnósticos em Pacientes da Psiquiatria*. Disponível em: <http://medico-psiquiatra.com/artigos/rotulos-diagnosticos-em-pacientes-da-psiquiatria.html> Acesso em: 23/12/2016
- ALVES, G. M. *A construção da identidade do adolescente e a influência dos rótulos na mesma*. 2008. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *DSM-V, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (5ª ed.)*. Porto Alegre: **Artmed**, 2013.
- BLACK, D. W.; GRANT, J. E. *Guia para o DSM-5: Complemento essencial para o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução: Janisa S. Antoniazzi [et al.]; Porto Alegre: 2015. 544 p.
- CAMPOS, D. M. S. *Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia*. Petrópolis, Rio de Janeiro: **Editora Vozes**, 1998. 155 p.
- _____. *Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia*. 11ª ed. Petrópolis: **Editora Vozes**, 2002.
- CARVALHO, A. M.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. M. *Adolescência*. Belo Horizonte: **Instituto de Filosofia e Teologia de Goiás**, 2003. 122 p.
- CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL, 10. 2011. Maringá. *Anais*. Maringá, 2011. 13 p.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. **Artmed Editora**, 2009. 432 p.
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista RENE**, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.
- EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**. v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.
- ERIKSON, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: **Zahar editores**.
- _____. *Identidade, juventude e crise*. 2ª Ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: **Guanabara**, 1987.

ESPOSITO, B. P.; SAVOIA, M. G. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v.8, n.1, mar/out 2006.

FARIA, M. A. *Impacto do trauma e dissociação da consciência na personalidade múltipla*. Brasília: **Editores Kiron**, 2013. 280p.

FENWIK, E.; SMITH, T. *Adolescência: guia de sobrevivência para pais & adolescentes*. São Paulo: **Edição Ática**, 1996. 286 p.

FREUD, S. (1909). *Obras Completas Volume 9: Cinco Lições de Psicanálise*. Trad. Tradução: Paulo César de Sousa. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HADDOCK, D. B. *Múltipla Personalidade e as Ciências da Memória*. Rio de Janeiro: **José Olympio**, 1995. 250 p.

JUNG, C. G. *Estudos Psiquiátricos*. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MORAES, L. A. S. S. Identidade do adolescente na contemporaneidade: contribuições da escola. *Transformações em Psicologia (Online)*, v. 2, n. 1, p. 86-98, 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: Descrição Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: **Artmed**, 1993. 340 p.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. *Psicologia do desenvolvimento*. vol. 4. A idade escolar e a adolescência. São Paulo: EPU, 2003.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: **Atlas**, 1999.

SCHOEN, F.; TERESA, H.; AZNAR, F. MARIA, S.; EDWIGES, F. M. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n. 1, p. 107-115, 2003.

SILVA, F. G. *Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural*. **Psicologia da Educação**, n. 28, p. 169-195, 2009.

SUÁREZ, A. D. *Crise de identidade na adolescência: breve análise e implicações para a práxis religiosa segundo a teoria de Erik Erikson*. **Acta Científica Ciências Humanas**, v. 2, n. 9, p. 31-38, 2005.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de Transtornos Mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma

revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.63, n.4, p.360-372 abril 2014.

APÉNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

_____, neste ato representado por mim,

_____, está sendo convidado a participar de um estudo denominado **TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE**: Um estudo realizado com uma adolescente paciente do centro de Atenção Psicossocial de Poção de Pedras - MA. O qual é definido como trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, com objetivo de estudar os sinais e sintomas do Transtorno Dissociativo de Identidade.

A sua participação no referido estudo será no sentido de participar de sessões de psicoterapia semanais no CAPS Luz Divina, localizado em Poção de Pedras-MA.

Recebi, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização

Estou ciente de que a sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, o (a) identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e de que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Ana Paula da Silva Moreira e Stella Nayane Pereira Clemente especializadas da Faculdade Laboro, e com elas poderei manter contato pelos telefones (98) 9115-7224 e (98) 88224719.

É assegurada a assistência do meu representado durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da participação de

_____.
 Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, autorizo a participação de _____ na referida pesquisa,

estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação.

No entanto, caso haja qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento mediante depósito em conta-corrente. De igual maneira, caso ocorra qualquer dano decorrente da participação no estudo, este será reparado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para Faculdade Laboro (98) 3216-9900 ou mandar um *email* para secretariaacademica@laboro.com.br

São Luís, ____ de _____ de 2016.

Ana Paula da Silva Moreira

Stella Nayane Pereira Clemente